

Data

07/10/2021N. B. DA RESTITUIRE

Al Sig. Sindaco del Comune di

OGGETTO: Verifica motivi di ineleggibilità e incompatibilità ad assumere la carica di Consigliere Comunale.

Io sottoscritt A CONSIGLIA DI ANGIOLUCA
 nat A a AVERSA il 26/10/1991
 e residente a SAN MARCELINO
 in via OVIDIO n. 23
 proclamato e eletto e alla carica di Consigliere Comunale nelle recenti consultazioni elettorali amministrative, con la presente

DICHIARO

che nei miei confronti non sussistono motivi di ineleggibilità o di incompatibilità di cui ai decreti legislativi 18-8-2000, n. 267, 31-12-2012, n. 235 e 08-04-2013, n. 39.

Con l'occasione Le comunico in calce alla presente i dati relativi alla mia persona necessari per gli adempimenti burocratici.

Distinti saluti.

Pauphe Di Angiollu
Firma

Cognome e Nome: CONSIGLIA DI ANGIOLUCA
 nato/a a AVERSA il 26/10/1991
 Residente: SAN MARCELINO Tel. 327 9504223
 Via: OVIDIO n. 23
 Codice Fiscale: DNG CSG 92 R 66 A S I L W
 Titolo di studio: LAUREA IN GIURISPRUDENZA
 Professione: DISOCCUPATA
 Mail/Pec: consigliereangiollu@libero.it